E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 47

SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juin 1924

PAR

DACHEUX (André-François-Georges)

Né à Clères (Seine-Inférieure), le 1er Juillet 1895

Interne des hôpitaux d'Orléans

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

Téléphone 8-78

1924

SUR LE TRAITEMENT

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0042

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 47

SUR LE TRAITEMENT

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juin 1924

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

DACHEUX (André-François-Georges)

Né à Clères (Seine-Inférieure), le 1er Juillet 1895

Interne des hôpitaux d'Orléans

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, professeur. *Président.*	
	MASSABUAU, professeur.	
	RICHE, agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

Téléphone 8-78

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	Ch. HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	D[r] BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE.
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Pathologie médicale	CARRIEU.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Stomatologie	D[r] WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT. GIRAUD. BOUDET. CARRIEU.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	J. DELMAS.	Physique	LAMARQUE.
Chimie	FLORENCE.	Histologie	TURCHINI.
Histoire natur.	GALAVIELLE CABANNES.	Ophtalmologie.	VILLARD.
		Physiologie	L. HEDON.

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof[r], *président*.	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage respectueux.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MADAME ANDRÉ DACHEUX

Humble témoignage de ma tendre et fidèle affection.

A MA MÈRE

Gage de mon affectueuse gratitude.

A MES FRÈRE ET SŒUR

A MES AMIS ET CAMARADES

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN, DE MONTPELLIER, D'ORLÉANS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

SUR LE TRAITEMENT

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

INTRODUCTION

« Grammatici certant et adhuc sub judice lis est », écrivait autrefois Horace à propos du langage. N'en est-il pas de même aujourd'hui au sujet du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux ? Les chirurgiens discutent et la question est encore en litige.

Sur un seul point : nécessité d'opérer dans le plus bref délai, l'accord est unanime, mais les avis diffèrent sur la conduite à tenir vis-à-vis de la perforation. Les uns en font la suture simple suivie ou non de gastro-entérostomie complémentaire, les autres pratiquent la destruction de l'ulcère par excision, thermocautérisation ou résection segmentaire.

Doit-on préférer au traitement d'urgence à peine suffisant pour quelques auteurs la cure dite radicale beaucoup plus shokante ? Tel est le problème dans toute sa réalité.

Peut-être l'abondance de faits cliniques aidera-t-elle un jour à le résoudre. Aussi, ayant pu réunir au cours de notre internat plusieurs cas inédits, nous avons pensé qu'il y aurait peut-être quelque intérêt à les publier. Ils nous ont amené à étudier toutes les observations françaises et étrangères parues à notre connaissance. Leur nombre considérable nous empêche de les relater une à une, mais nous donnons ici le résultat de nos recherches et les réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Que MM. les docteurs Coville, Marmasse, Simonin, Ramadier, chirurgiens des hôpitaux d'Orléans, veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour la part qu'ils ont prise à l'élaboration de cette thèse.

CHAPITRE I

INDICATIONS

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre doit être chirurgical. Supprimer la perforation, voilà l'indication première.

On a bien cité plusieurs observations de guérison spontanée, mais elles demandent un contrôle rigoureux. Dans quelques-unes le diagnostic est incertain, dans les autres il s'agit de perforations en péritoine cloisonné, elles dépassent les limites de notre sujet.

Il faut opérer et le plus tôt possible : tout retard risque de compromettre le succès de l'intervention. Les statistiques s'accordent sur ce point. Voici celle de Mayo et Moynihan, la plus ancienne, croyons-nous :

Avant 12 heures.	28 p. 100	de mortalité
De 12 à 24 —	63 —	—
Après 36 —	100 —	—

53 cas de Hertz se répartissent ainsi :

Avant 6 heures.	19 interventions :	5 morts	25 p. 100	
Entre 6 et 12 —	12 —	4 —	34 —	
Après 12 —	22 —	18 —	80 —	

En octobre dernier les chiffres publiés par Hartmann à la Société de Chirurgie sont un peu différents :

De 1 à 6 heures.	66 opérations :	13 morts	19 p. 100
De 7 à 12 —	50 —	8 —	16 —
De 13 à 24 —	38 —	21 —	55 —
Après 24 —	36 —	20 —	55,5 —

Ici, fait paradoxal, la plus faible mortalité appartient aux interventions pratiquées entre la 7e et la 12e heure. Faut-il en conclure qu'il est préférable de s'abstenir d'opérer à la période de shock dans les premières heures qui suivent la douleur en coup de poignard ? Shœmacker arguant d'une statistique de Brunner avait émis cette opinion, mais Gross et Mitchell lui ont opposé des faits cliniques indiscutables : malades opérés en état de shock immédiatement remontés par l'incision du péritoine et l'évacuation de son contenu. Le meilleur moyen, comme dit Lauret, de combattre ce shock, n'est-il pas d'interrompre l'inondation péritonéale qui le produit ?

Peut-on fixer une limite d'opérabilité ? en réalité non. On doit intervenir, si tard soit-il, si l'état général le permet (4 guérisons sur 12 opérations tardives de Shœmacker, deux malades de Oudard opérés respectivement à la 70e et 90e heure ont guéri), mais après la 12e heure les chances de succès diminuent considérablement.

Incision

L'incision donnant le plus de jour est la meilleure ; malheureusement le diagnostic de perforation gastro-duodénale reste parfois hésitant et plus encore celui de son siège.

On emploie le plus souvent l'incision médiane sus-ombilicale, insuffisante dans bien des cas (siège éloigné de la perforation, difficulté d'extériorisation). On agrandit alors l'ouverture par une incision transversale : à droite pour une perforation duodénale, à gauche pour une perforation gastrique.

Lecène conseille l'incision horizontale faite à droite un peu au-dessus de l'ombilic avec section du grand droit. Elle permet une exploration plus aisée de l'antre pylorique de la première et de la deuxième portion du duodénum, de l'étage sus-mésocolique droit de l'abdomen.

D'Arcy Power préconise, si l'on a précisé cliniquement le siège exact de l'ulcus, l'incision latérale verticale en dehors du muscle droit ou entre ses fibres, mais un tel diagnostic est souvent difficile à poser.

Lagoutte utilise quelquefois l'incision de Kehr. Elle n'est plus guère en faveur aujourd'hui. L'incision en L renversée donne autant de jour et permet mieux la réfection de la paroi.

Pauchet a pratiqué l'incision ogivale de Leclerc, mais il lui préfère l'incision en équerre.

L'incision de Jalaguier ou de Mac Burney fut faite quand on a cru intervenir pour une perforation appendiculaire, mais l'état relativement sain de l'appendice contrastant avec des lésions péritonéales très nettes permet de rectifier rapidement le diagnostic.

Beaucoup de chirurgiens font quand même l'appendicectomie. N'est-il pas inutile de prolonger sans nécessité absolue une intervention d'urgence ? Le mieux, l'erreur reconnue, est d'explorer l'étage sus-mésocolique de l'abdomen au moyen d'une nouvelle incision. On ne suturera pas immédiatement la première qui pourra servir pour le drainage.

Quand on hésite entre le diagnostic clinique d'ulcère perforé et celui d'appendicite aiguë avec perforation, Cadenat conseille la laparotomie médiane juxta-ombilicale. Selon les caractères de l'épanchement on prolonge l'incision en haut ou en bas.

Recherche de la perforation

Après section de la paroi, l'opérateur se trouve en présence d'un épanchement intrapéritonéal, constitué par du liquide louche grisâtre comparé à du bouillon sale subissant plus ou moins vite la transformation purulente.

L'absence de fétidité est un signe caractéristique. Quelle différence avec l'épanchement épais, verdâtre, toujours mal odorant, de la perforation appendiculaire !

La présence, plutôt rare, de corpuscules alimentaires (carotte, lait caillé) confirmera d'emblée le diagnostic d'ulcère perforé mais ne permettra pas de préciser son siège, le contenu gastrique pouvant aussi bien s'échapper par une brèche duodénale. Les débris de la digestion dans l'épanchement assombrissent toujours le pronostic.

Le liquide intrapéritonéal varie en quantité avec chaque perforation : presque nul dans les postérieures parce qu'il tend alors à se localiser dans l'arrière-cavité des épiploons ou à s'enkyster en un abcès sous-phrénique, il remplit habituellement tout l'abdomen et s'échappe à l'ouverture de celui-ci. Toupet, chez deux de ses malades l'avait évalué à un litre environ.

L'état de réplétion ou de vacuité gastrique, les dimensions de la perforation, son obturation possible par des

adhérences avec un organe voisin influent sur l'abondance de l'épanchement.

Il ne faut pas toutefois exagérer l'importance de ces éléments,car,si le contenu gastrique constitue à lui seul l'épanchement au moment de la perforation ou immédiatement après, il s'y mêle ensuite un liquide de réaction et d'exsudation péritonéale nullement en rapport avec eux.

Enfin, on a signalé la présence de bile et de sang,et,au moment de la laparotomie, l'issue fréquente de gaz toujours inodores dans les premières heures.

Quelle que soit sa propagation selon la situation juxta-cardiaque ou pyloro-duodénale de la perforation, l'épanchement se collecte finalement dans le petit bassin.

Quelle est la valeur, comme indication thérapeutique, de l'analyse bactériologique du liquide épanché? La question présente un grand intérêt : en dehors de tout autre facteur un liquide stérile permettrait les interventions les plus audacieuses, sa septicité les défendrait absolument.

Quelques statistiques furent publiées à ce sujet: celles de Duval en France, de Stewart à l'étranger, comptent parmi les plus importantes. Au premier l'épanchement apparaît amicrobien dans 33 p. 100 des cas, au second dans 25 p. 100 seulement.

Dans quatre épanchements stériles, Oudard a signalé de la leucocytose et des polynucléaires abondants. Les épanchements septiques ont révélé des anaérobies, des colibacilles, des streptocoques, des staphylocoques, des diplocoques. La présence du staphylocoque hémolytique semble particulièrement dangereuse.

D'ordinaire le liquide reste aseptique dans les premières heures qui suivent la perforation, mais il devient très

difficile de déterminer à quel moment il cesse de l'être. D'après un rapport de Duval à la Société de Chirurgie de Paris, il l'est encore dans sept cas à la troisième, quatrième, cinquième, douzième, treizième, dix-huitième, trente-deuxième heure (cinquantième heure dans une observation de Oudard et Jean) ; par contre, les germes furent constatés dans un liquide recueilli trois heures, quatre heures (Guillemin), six heures (deux fois), sept heures (quatre fois), huit heures (deux fois), neuf heures, treize heures, dix-huit heures, vingt-quatre heures après la perforation. L'auteur ajoute : « On ne peut donc dire que l'état d'asepticité ou de septicité du péritoine soit une simple question de temps. »

L'amicrobisme de l'épanchement est-il au moins une garantie de succès ? Les chiffres de Duval permettraient de répondre par l'affirmative :

Sept cas avec liquide stérile : sept guérisons.

Treize cas avec liquide septique : onze guérisons.

si nous n'avions à leur opposer plusieurs observations postérieures à ce rapport :

5 cas (Oudard) avec épanchement amicrobien : deux guérisons.

2 cas (Guillemin, Coville) avec épanchement microbien : 2 guérisons.

Nous ne nous dissimulons pas que ces résultats sont trop peu nombreux pour présenter beaucoup d'intérêt, mais ils laissent planer quelque doute sur la valeur bactériologique de l'épanchement comme indication thérapeutique.

Reste enfin une grosse difficulté pratique: impossibilité d'attacher quelque importance à l'examen ex-temporané du liquide au début de l'intervention. Des cultures micro-

biennes seraient nécessaires ; on conçoit qu'on ne peut les attendre pour opérer.

Pour expliquer l'amicrobisme quelquefois tardif de l'épanchement, Prader, en 1920, apportait une suggestion intéressante. Les liquides épanchés, disait-il, ont une réaction acide qui diminue avec le temps pour devenir alcaline au moment où apparaissent les microbes : la stérilité d'un liquide serait en rapport avec son acidité. Deux ans plus tard, Duval, rapprochant le chiffre de 33 p. 100 de liquides péritonéaux amicrobiens et la proportion égale d'hyperchlorhydrie dans les ulcères de l'estomac, cherchait à établir une relation, en cas de perforation gastrique, entre le taux d'hyperchlorhydrie gastrique et l'amicrobicité du péritoine. Un ulcus avec hyperchlorhydrie compliqué de perforation devrait s'accompagner plus longtemps d'un épanchement stérile.

Les faits cliniques n'ont pas confirmé cette hypothèse et nous relevons dans les onze observations de Prader, base de son argumentation, deux cas qui vont à l'encontre de sa thèse : dans l'un (Observation VII) opéré à la 7e heure, malgré une acidité très « haute », le liquide renfermait des staphylocoques ; dans l'autre (Obs. XI) où l'acidité était « basse » », l'examen du liquide fut négatif. D'ailleurs, d'après Maurice Nicolle, nombre de bactéries se développent parfaitement dans des solutions acides.

Donc, aucune indication certaine à tirer, à l'heure actuelle, de l'examen chimique et bactériologique de l'épanchement. Dans les ulcères perforés l'état général du malade est la traduction la plus fidèle de l'état de son péritoine. Le chirurgien ne manquera pas de lui laisser une large part dans sa décision opératoire, le terrain restant toujours en thérapeutique une source d'indications.

Découverte de la perforation

Le foie étant soulevé, l'opérateur aperçoit la perforation généralement sur le conduit pyloro-duodénal. Au point de vue topographique l'ulcus est duodénal ou gastrique : duodénal, il siège habituellement sur la première portion, rarement sur la deuxième, ou à l'angle de la première et de la deuxième, exceptionnellement sur les autres portions ; gastrique, il est situé dans la région pylorique, puis par ordre de fréquence sur la petite courbure, la face antérieure, la grande courbure. Au point de vue opératoire mieux vaut distinguer l'ulcère de la région pylorique qui comprend celui de la première portion duodénale et de l'antre pylorique, et l'ulcère gastrique proprement dit siégeant d'habitude sur la petite courbure et débordant souvent sur les faces.

On le trouve d'ordinaire sur la face antérieure, mais il faut toujours explorer la paroi postérieure, même si une perforation a été découverte en avant, sinon on risquerait de laisser inaperçue une autre perforation coexistant avec la première. Chose rare, il est vrai, puisque Eliot en a réuni seulement 26 cas dans la littérature médicale.

Les ulcères multiples (dont un seul perforé) sont plus fréquents (5 p. 100 d'après la statistique des médecins d'Edimbourg). Les ulcères multiples peuvent siéger tous les deux sur la face antérieure de l'estomac, ou bien l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure, souvent en regard l'un de l'autre.

De toute façon ne jamais conclure après un examen superficiel à l'absence d'une perforation. Obstruée, en

effet, par des dépôts fibrineux, couverte par un organe voisin, elle est quelquefois minuscule, voire même imperceptible. Dans la crainte d'une telle éventualité, Illier et Baker, avant l'intervention, font ingérer au malade une solution de bleu de méthylène ; les traînées bleuâtres les guident après l'ouverture de l'abdomen dans la découverte de la perforation.

Dans le même but, Gibson remplit la plaie d'eau stérile et les bulles d'air qui montent à la surface décèlent l'existence et le siège de la perforation.

Habituellement il suffit de légères pressions sur l'estomac et le duodénum pour provoquer l'issue de liquide gastrique ou de gaz qui révèlent la perforation.

Les perforations du duodénum sont plus petites que les perforations gastriques. L'orifice est très variable : punctiforme, lenticulaire, il peut atteindre la superficie d'une pièce de cinquante centimes. Dans deux observations de Mathieu et de Cadenat on pouvait y passer deux doigts.

Parfois les bords sont souples, facilement affrontables : il s'agit d'un ulcère simple. Plus souvent ils sont durs et friables, formant autour de la perforation un bourrelet annulaire ou ovalaire : il s'agit d'un vieil ulcère chronique.

Cette zone indurée, calleuse, finit brusquement du côté de l'orifice et diminue progressivement vers la périphérie. Elle est plus ou moins diffuse et peut contracter des adhérences avec les organes voisins. Elle est constituée par du tissu inflammatoire devenu fibreux.

L'étendue de la perforation ne gêne guère l'opérateur mais les tissus voisins lui dictent sa ligne de conduite : des points perforants en tissus souples sont solides et

permettent une suture hermétique, dans une zone calleuse ils coupent et déchirent.

Dans les observations publiées à la Société de Chirurgie depuis 1920 avec des détails sur l'ulcération, nous trouvons 73 perforations avec induration des tissus (28 duodénales, 15 gastriques) et 8 perforations en tissus souples (4 duodénales, 4 gastriques). Brenner eut sans doute une série exceptionnelle : 5 perforations aux bords indurés sur 13 observations.

CHAPITRE II

MÉTHODE CONSERVATRICE

La méthode conservatrice se propose seulement d'obstruer la perforation et laisse en place l'ulcus. Elle y parvient le plus souvent par la suture suivie ou non de gastro-entérostomie.

La suture

La vraie suture est rarement réalisée à cause de l'induration périphérique qui empêche de faire des points perforants solides. Généralement on se contente d'enfouir la perforation. On fait une bourse avec des points séro-séreux, puis une seconde également séro-séreuse qu'il est bon de remplacer au niveau du conduit pyloro-duodénal par une suture verticale, perpendiculaire à l'axe intestinal pour diminuer les chances de rétrécissement. Ici, à cause de sa rapidité, le surjet sera préféré aux points séparés.

Seidel a décrit dans le « Centralblatt für Chirurgie » un procédé spécial de suture. Il passe et noue deux fils perforants perpendiculaires à l'axe cardio-pylorique, il

fait de même avec deux autres fils parallèles au même axe, réalisant ainsi l'occlusion de l'orifice. Le tout est enfoui sous quelques points de Lembert.

Le catgut même chromé est presque totalement abandonné parce qu'il se résorbe trop vite. Evans lui attribue un de ses échecs. La soie ou mieux le fil de lin ont la faveur.

Pour donner plus de sécurité à la suture, on la recouvre d'un capiton épiploïque maintenu en place par quelques points. Deux étages d'épiploon ont recouvert parfois une suture précaire. Leur disposition peut varier, il suffit qu'ils complètent la fermeture.

Si l'épiplooplastie était irréalisable on pourrait amener sur les points un organe voisin : foie, vésicule biliaire, côlon transverse, mais ce procédé susceptible de créer des adhérences ultérieures est inférieur au précédent.

On reproche à la suture la difficulté de sa réalisation due à sa nature, à son siège, aux adhérences voisines et son insuffisance comme traitement et de la perforation et de l'ulcère.

Souvent, en effet, les bords de l'orifice sont épaissis, indurés. rendant pénible la suture. Viannay, alors interne de Jaboulay, a vu son maître faire jusqu'à huit tentatives de suture pour une perforation d'ulcère de l'estomac compliqué de périgastrite antérieure. Les fils coupent et déchirent et risquent d'agrandir la perforation. Quel chirurgien n'a pas été aux prises avec de telles difficultés?

D'ordinaire, malgré tout, la suture est réalisable. Bulloch put la pratiquer chez tous ses malades (32) ; Steichele cinquante et une fois sur cinquante-trois observations. Dans cent vingt-neuf cas d'ulcère perforé à l'hôpital d'Helsingfors la suture ne fut impossible que trois fois.

Si la suture directe est impraticable on peut recourir à la plicature. Procédé très simple qui consiste à passer des fils dans la séreuse et la musculeuse le plus loin possible de l'ulcère, en tissus sains ; leur striction prudente réalise un affrontement imparfait qu'on recouvre lui-même d'un plan séro-séreux pris plus au large. Masquées par la fixation d'un lambeau épiploïque, les deux rangées de fils donnent une grande sécurité.

Ce procédé est utilisé en France par Lecène, Lejars, Pauchet ; en Angleterre par John Deaver et d'Arcy Power. Il permet de fermer la perforation dans notre observation n° 4. Nous ne pensons pas qu'il fut quelquefois trouvé en défaut : le serait-il, c'est à ce moment-là qu'on songera à la possibilité d'une résection si l'état général du malade est bon ; en cas contraire, au tamponnement de la perforation.

Le siège de la perforation n'est pas non plus un obstacle à la suture. La plupart sont situées sur la face antérieure du conduit pyloro-duodénal et donc facilement accessibles comme celles de la face antérieure de l'estomac et de la grande courbure. Rares sont les perforations postérieures, celles-ci mieux vaut les aborder non par effondrement du petit épiploon ou du mésocôlon transverse mais par décollement colo-épiploïque qui permet, en rabattant l'organe, d'explorer facilement la paroi postérieure de l'estomac. Quant aux perforations de la petite courbure elles sont accessibles en avant ou en arrière selon leur situation.

Enfin les adhérences avec les tissus voisins ne sauraient empêcher la suture d'un ulcère perforé. Récentes et molles elles se laissent facilement dissocier, anciennes et serrées elles sont encore plus gênantes pour la résection que pour la suture ou la plicature.

La méthode conservatrice est-elle, comme on l'a prétendu, une cure insuffisante de la perforation ? Autrement dit la déhiscence de la plaie peut-elle se produire ?

Il en existe quelques cas, mais ils sont exceptionnels. Tuffier, dans une observation communiquée à la Société de Chirurgie, suture une perforation prépylorique entourée d'une zone largement calleuse. Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, la partie supérieure de la perforation était largement béante.

Viannay ayant relaté un cas de suture termine ainsi son observation : « Les suites opératoires incertaines pendant quarante-huit heures parurent ensuite s'améliorer, mais le cinquième jour le malade succomba après avoir présenté une recrudescence des symptômes de péritonite et un écoulement très abondant par le drain d'un liquide d'une odeur aigrelette qui était en partie du suc gastrique. La suture de la perforation s'était donc désunie. »

Dans ces rares cas isolés, il faut incriminer la suture directe et non la plicature. La technique avait consisté seulement en l'affrontement, par des points perforants, des bords de la perforation sans enfouissement. Après plicature aucun cas de déhiscence, croyons-nous, ne fut publié.

Par contre, on a pu constater plusieurs fois sur la table d'autopsie la solidité de la suture (observations de Dujarier, de Toupet).

On a cité aussi plusieurs cas de mort par hémorragie très peu de temps après la suture, tel le malade de Monod et Carrié mort quatre jours après l'intervention avec les signes cliniques d'une hémorragie interne, mais l'autopsie n'a pu être faite.

Ce ne sont là que des exceptions, et si délaissant les

cas isolés on étudie dans leur ensemble les résultats immédiats après suture, on les trouve favorables à la méthode.

Au Bellevue Hospital de New-York : 24 perforations traitées par suture : 22 guérisons.

Les deux insuccès concernaient deux moribonds opérés respectivement deux et trois jours après la perforation.

Bulloch : 34 perforations traitées par suture : 32 guérisons.

Southam : 45 perforations traitées par suture : 41 guérisons.

Résultats d'autant plus remarquables que la suture traite toujours les plus mauvais cas. Un traitement insuffisant de la perforation ne pourrait enregistrer un aussi grand nombre de guérisons.

Bien souvent les guérisons se maintiennent assez longtemps. On constate au moins une diminution des symptômes cliniques. Quelquefois l'examen direct a révélé la disparition de toute trace d'ulcération. Une malade de Tuffier fut opérée d'une éventration dix-huit ans après la première intervention. Pendant ce laps de temps aucun phénomène clinique gastrique. Au cours de la seconde opération on explora l'estomac, siège de l'ancienne perforation. Nulle part on ne trouva d'induration gastrique. Près de la ligne médiane, au point où l'épiploon avait été suturé, il existait une adhérence très lâche et très souple entre la paroi abdominale, l'épiploon et l'estomac sans induration à ce niveau. De même deux malades de Brenner, réopérés pour cholécystite respectivement deux ans et trois mois après la première intervention, présentaient un estomac et un duodénum absolument normaux.

Nous n'irons pas jusqu'à soutenir qu'un ulcus perforé est au terme de son évolution et guérit spontanément après la suture. Les faits cliniques nous obligent à reconnaître que les résultats tardifs ne sont pas toujours aussi bons. Renvois acides, vomissements, léger degré de sténose font leur réapparition plus ou moins tôt, quelquefois même une nouvelle perforation ou une hémorragie peuvent emporter le malade.

Voici la statistique de Peel et Dineen :

38 malades opérés par simple suture :

21 sont en bon état tardif.

10 présentent des troubles gastriques importants.

7 ont dû être réopérés.

Et celle de Erwin et Schmidt :

24 malades revus sur 33 :

11 complètement guéris.

3 avec troubles légers.

6 — graves.

2 avaient été réopérés pour récidive ou rechute.

2 étaient morts : abcès multiples du foie ; hématémèse.

La gastro-entérostomie

Nous n'entreprendrons pas ici l'étude détaillée de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères perforés. Nous envisagerons surtout son rôle complémentaire dans la méthode conservatrice.

Nous distinguerons ses indications d'après le siège, l'étendue, la nature de l'ulcus perforé et l'état général de l'opéré, sans oublier que ces divers éléments, en clinique, peuvent se combiner les uns avec les autres.

Le siège, l'étendue de la perforation considérés à part

sont des facteurs peu importants dans la décision opératoire, la nature de l'ulcère et l'état général du malade sont au premier plan.

En tissus souples, que la perforation siège sur le conduit pyloro-duodénal ou sur la petite courbure, comme l'orifice est généralement petit (les petites perforations compliquent ordinairement les ulcères simples et les grandes perforations les vieux ulcères géants), la suture suffit parfaitement pour guérir la perforation.

Si l'orifice est entouré d'une zone calleuse, c'est alors seulement qu'intervient la notion du siège pour poser l'indication de la gastro-entérostomie après la suture.

Une large plicature au niveau du conduit pyloro-duodénal pour enfouir un ulcère calleux perforé risque de provoquer un rétrécissement.

Pour quelques auteurs ce rétrécissement, s'il existe, est incapable de produire des troubles sérieux. Southam en voit pour preuve la difficulté à obtenir l'exclusion du pylore quand on désire la réaliser. Cadenat prétend qu'un canal qui a conservé la souplesse et d'une de ses faces peut très bien fonctionner, même s'il semble imperméable à l'œil.

Pour Stewart et Barker, l'obstruction du pylore n'est que transitoire. Ils basent leur opinion sur des faits cliniques et expérimentaux. Chez 24 malades atteints d'ulcère perforé, ils n'ont fait qu'une fois la gastro-entérostomie, ils ont obtenu 22 guérisons. De plus, ils ont expérimenté sur l'estomac de cinq chiens. Ils firent au thermocautère sur chaque animal une perforation de la région pylorique au niveau du sphincter. Ils l'enfouirent sous deux points en bourse superposés recouverts d'une frange épiploïque.

Les cinq animaux ont été radiographiés de un à cinq

jours après la suture. La radiographie révéla dans tous les cas de l'hypermotilité gastrique avec spasme du pylore pendant les trois premiers jours et aucun spasme le quatrième et le cinquième jour.

A l'ouverture de l'estomac enlevé on a constaté que le pylore admettait l'extrémité du petit doigt chez les animaux opérés depuis quatre ou cinq jours mais non chez ceux opérés depuis un, deux ou trois jours.

L'examen microscopique révéla chez tous un accolement des bords de la perforation. Dans les estomacs suturés depuis un à trois jours on constata un œdème local, dans ceux traités depuis plus longtemps une union fibreuse des bords de la perforation avec épithélialisation.

Ce rétrécissement transitoire pourrait être déjà une indication à la gastro-entérostomie, mais il existe des cas indéniables de rétrécissement permanent. Okinczyc dut réintervenir pour une sténose pylorique plusieurs jours après l'enfouissement d'un ulcère, de même Baudet et Duval. A l'autopsie d'un malade de Roux-Berger « la région duodénale montre un rétrécissement marqué au point où siégeait l'ulcère qui est très solidement suturé... Lorsqu'on ouvre le duodénum on constate que la première portion du duodénum laisse à peine passer l'extrémité de l'index ».

Sur une pièce anatomique présentée par Soupault à la Société anatomique, le rétrécissement était tel qu'une sonde cannelée franchissait difficilement le conduit pylorique.

Aussi les chirurgiens les moins interventionnistes admettent cette éventualité et pratiquent une gastro-entérostomie en cas de rétrécissement duodéno-pylorique. Le point délicat est de savoir à quel degré le rétrécisse-

ment nécessite l'anastomose. Il nous semble qu'en cas de doute, il faut la pratiquer.

La plicature des ulcères perforés gastriques n'amène pas semblable inconvénient, mais sur l'estomac comme sur le duodénum l'étanchéité de la fermeture peut paraître suspecte. Mondor lui-même, partisan de la plicature, avoue qu'elle ne lui a donné qu'une sécurité très relative pour un ulcère du pylore d'un diamètre égal à celui d'une pièce de cinq francs. Trois plans furent péniblement réalisés et l'obturation imparfaite de la perforation avait nécessité une gastro-entérostomie immédiate.

Cinq fois sur sept, Viannay douta de sa suture et dut faire immédiatement une gastro-entéro-anastomose. N'est-ce pas là vraiment un complément indispensable de la suture ?

Les contractions gastriques éprouvent la suture au moins autant que la réplétion de l'organe. L'estomac n'est pas une poche inerte, un réservoir passif. Les expériences de Stewart et Barker nous ont montré une hypermotilité gastrique dans les premiers jours qui suivent l'intervention.

Il était autrefois admis que tout ulcère d'estomac, quel que fût son siège, provoquait du spasme du pylore avec rétention et hyperacidité. A cause de celle-ci le pylore se laisse plus difficilement franchir, ce qui nécessite des contractions violentes de l'estomac. Il s'ensuit qu'une cavité gastrique pourvue d'une anastomose permet une évacuation bien meilleure.

Aujourd'hui on a reconnu que l'hyperacidité est loin d'être constante et que l'hypochlorhydrie et la normochlorhydrie existent fréquemment dans l'ulcère gastrique. Toutefois l'hyperchlorhydrie atteindrait encore la proportion de 33 p. 100. Dans ce tiers des cas la gastro-

entérostomie complémentaire est pour le moins très utile, mais comment faire la distinction entre la perforation d'un ulcus avec ou sans hyperchlorhydrie? Les estomacs brusquement perforés sont inconnus du chirurgien. Il faut opérer d'urgence sans renseignement sur l'état fonctionnel de l'organe.

La réplétion gastrique éprouve également la suture. Alamartine rapporte le cas d'un homme dont il sutura un ulcus perforé de l'estomac dans les meilleures conditions. Le cinquième jour, à cause d'une dilatation aiguë de l'estomac, il dut réintervenir pour faire une gastro-entérostomie : le malade succomba. D'après l'auteur, une anostomose immédiate eût empêché cet insuccès.

Si l'on admet la nécessité de faire une gastro-entérostomie pour mettre la suture au repos, il faut savoir si elle fonctionne et quand elle fonctionne.

En cas de perméabilité du pylore, d'après l'opinion ancienne une anastomose ne fonctionne pas.

Sencert est convaincu du contraire; il apporte à l'appui des examens radioscopiques. Dans cinq cas d'ulcères extra-pyloriques (le plus proche en était distant de trois centimètres), on ne vit après suture aucun rétrécissement du canal pylorique appréciable. Au cours des deux années qui suivirent l'intervention on constata sous l'écran que dans les cinq cas la presque totalité de la bouillie bismuthée passait par la bouche anastomotique.

Dans plusieurs observations (dix fois sur dix, d'après Basset) l'examen radioscopique a révélé le bon fonctionnement de la néostomie. Chez un malade de M^lle^ Pommay l'estomac apparaît vide : « dès l'arrivée du repas opaque, du sulfate de baryum passe par l'orifice de la gastro-entérostomie. Sept à huit minutes après ce repas baryté

l'évacuation continue régulièrement par l'anastomose, pas de passage pylorique appréciable ».

Chez quelques autres on a vu la baryte passant également par le pylore et la bouche anastomotique. Pour expliquer cette différence Hartmann incrimine le siège de la bouche, l'anastomose au niveau de l'antre pylorique pouvant seule d'après lui fonctionner régulièrement. Il serait important de savoir si la gastro-entérostomie fonctionne immédiatement, mais on n'a sur ce point aucune donnée précise.

Reste enfin à considérer l'état général de l'opéré. Il varie avec chaque individu selon son âge, ses antécédents, le temps écoulé depuis la perforation. Est-il déficient, la nécessité de la gastro-entérostomie est encore plus discutable. Même dans les mains les plus habiles, elle ajoute ses propres risques à ceux de l'intervention en allongeant l'acte opératoire, en diffusant l'infection péritonéale par les manœuvres qu'elle nécessite. Elle a réussi cependant à la 18e et à la 30e heure chez deux malades de Chaton et d'Okinczyc, à la 90e heure chez un malade de Oudard et Jean, mais on ne sait rien sur la septicité de l'épanchement intrapéritonéal dans ces trois observations.

Alamartine et Dunet, Patel à Lyon, exécutent la gastro-entérostomie bouton. Les malades bénéficient ainsi des avantages de la dérivation sans en supporter les inconvénients. A cause de sa rapidité, la gastro-entérostomie au bouton est peu shockante et réduit au minimum les manœuvres intrapéritonéales. Okinczyc a utilisé le bouton pour deux malades opérés à la 21e et 30e heure. Kummer obtient trois guérisons avec la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay.

Dans les premières heures, quand l'état général est

bon, la gastro-entérostomie trouve une indication très nette. Pour certains auteurs, elle se ferait sensiblement dans les mêmes conditions qu'à froid. Pour Lecène elle est dans ces conditions toujours à recommander.

Peut-on trouver dans les résultats immédiats obtenus après suture et gastro-entérostomie un argument en faveur de la nécessité de la néostomie complémentaire ?

Deaver rapporte 56 cas d'ulcères perforés dont 54 avec une gastro-entérostomie complémentaire avec deux morts seulement.

Lewisohn note dix interventions dont huit avec anastomose immédiate sans une seule mort.

Kummer 15 fois sur 20 ajouta une gastro-entérostomie aux sutures d'occlusion. Il remarqua que les malades sauvés par la laparotomie avec enfouissement et gastro-entérostomie étaient plus nombreux que ceux sauvés par la même opération sans bouche anastomotique.

Mondor et Lauret, sur 75 cas publiés à la Société de Chirurgie, ont trouvé :

Suture simple . . . . 28 ; Guérison 18, soit 65 %
Suture + anastomose 47 ; Guérison 38, soit 80 %

mais Hartmann à la même Société donne un pourcentage différent sur deux cents cas analysés :

Suture simple, mortalité . . . . . 12,5 %
Suture + anastomose, mortalité 15,5 %

Il est difficile de se faire une idée exacte d'après ces chiffres, et, si l'on se rappelle que l'enfouissement est réservé aux cas les plus graves, on peut conclure que les résultats sont sensiblement égaux.

Les résultats éloignés sont nettement en faveur de la suture suivie de gastro-entérostomie. Kummer, plusieurs années après, a revu neuf de ses opérés dans un « état

très satisfaisant ». Brütt estime à 90 % les malades sans troubles gastriques ultérieurs. La statistique des médecins d'Edimbourg dépasse ce pourcentage :

47 sutures avec gastro-entérostomie immédiate :
42 opérés en bonne santé ;
5 opérés avec troubles digestifs.

24 sutures simples :
10 opérés en bonne santé ;
14 opérés avec troubles digestifs.

Pour cette raison, certains auteurs ont préconisé l'emploi systématique de la gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère perforé.

La perspective d'un bon résultat définitif n'est pas suffisante pour faire admettre ce parti pris. En présence d'un ulcus perforé, le principal souci est de sauver la vie du malade en danger. Ce qui ne contribue pas immédiatement à ce but est momentanément inutile.

D'ailleurs la gastro-entérostomie n'est pas à l'abri de sérieuses complications : hémorragies, perforation itérative, troubles dyspeptiques. Un malade de Delagenière est mort dix ans plus tard d'une nouvelle perforation. Pauchet en rapporte trois cas et Laurieu a pu en réunir trente-deux observations.

Un opéré de notre chef de service (Dr Marmasse) meurt d'hémorragie trois mois après une gastro-entérostomie pour ulcère perforé. Eliot en rapporte 31 autres cas.

Signalons seulement une complication de plus en plus fréquente : l'ulcère peptique.

CHAPITRE III

MÉTHODE RADICALE

La méthode radicale (1) cherche à guérir à la fois la perforation et la lésion initiale en les faisant disparaître toutes les deux.

Limitée à la zone ulcérée, elle comprend l'excision et la thermocautérisation, étendue à tout un segment gastrique ou duodénal, elle est réalisée par la résection (gastrectomie, pylorectomie, gastro-pylorectomie).

Excision et thermocautérisation

L'excision consiste à enlever par section les bords de la perforation. Simple avivement quelquefois, elle peut devenir une résection pour quelques auteurs si elle s'étend à toute la zone indurée périphérique.

Une certaine confusion règne dans les termes. En France, le mot résection est revenu à la « suppression

(1) Méthode dite radicale serait plus exact. Nous cédons toutefois à l'usage courant.

d'un segment annulaire dans la continuité du tube digestif ». Il ne saurait donc s'appliquer à l'avivement même large des bords de l'orifice.

Dans la plupart des observations, elle fut très circonscrite et consista en une section losangique des tranches gastriques ou duodénales suivie de réunion par des points perforants suivant le grand axe de la perte de substance. La suture fut elle-même enfouie sous un surjet séro-séreux.

Au niveau de l'estomac, Dowden avec des ciseaux mousses agrandit la perforation vers le pylore et vers le cardia. Par traction il obtient une plaie linéaire qu'il ferme par deux plans de suture.

Au niveau du duodénum on pratique une pyloroplastie. Incision longitudinale du conduit pyloro-duodénal dans la zone de l'ulcère, puis suture dans le sens transversal.

Basset, Girode en France, Dowden en Ecosse ont employé l'excision comme traitement radical des ulcères perforés gastro-duodénaux. En plus de sa rapidité, ils lui reconnaissent l'avantage de faciliter la suture sans diminuer le calibre de l'intestin au niveau du conduit pyloro-duodénal, enfin de guérir l'ulcère.

La rapidité du procédé est à considérer, mais la section de tissus indurés expose à une hémorragie qui prolonge l'intervention. A ce point de vue la thermocautérisation lui est préférable.

Au niveau du duodénum l'orifice souvent petit de la perforation semble convenir à l'excision mais les bords sont largement indurés. Un simple avivement laissant une partie de la zone cartonnée ne constitue pas une condition favorable à la suture (observations de Viannay, de Martin). Une excision large enlevant toute la zone friable ne présente plus la même bénignité et la fermeture

consécutive risque fort de rétrécir la lumière pyloro-duodénale.

L'excision semble indiquée pour des perforations en tissu souple au niveau des faces ou du fond de l'estomac. Avouons que ces conditions sont rarement réalisées.

Peu de statistiques sur les résultats immédiats de l'excision ont été publiées.

Grey Turner après 4 pyloroplasties a obtenu 4 guérisons.

Petren compte 8 succès sur 11 interventions.

Nous avons relevé les observations d'excision communiquées à la Société de Chirurgie depuis 1920 :

15 cas	non suivis de gastro-entérostomie	4 morts	soit 26 °/₀
7 cas	suivis — —	2 —	— 28 °/₀
Total : 22		6	27 °/₀

La mort est survenue par hémorragie chez un malade de Monod, à la suite d'une fistule chez un autre de Martin. Dowden pratiquant son procédé spécial d'excision pour un ulcère duodéno-pylorique fut obligé de réintervenir pour une occlusion du pylore.

Les résultats éloignés permettent de juger la valeur peu curatrice de l'excision. Un malade de Dowden fait une récidive neuf mois plus tard ; dans une observation de Martin la guérison ne se maintient pas : la réapparition des douleurs gastriques font craindre une nouvelle évolution ulcéreuse ; de même dans une observation de Chaton où l'excision fut pourtant suivie de gastro-entérostomie immédiate. Dans une autre de Kummer l'examen radiologique a révélé un retard de plus de quarante-huit heures à l'évacuation gastrique.

On a introduit dans la cure radicale des ulcères perforés la méthode de Balfour. Elle consiste en la thermo-

cautérisation des bords de l'orifice et de l'induration périphérique.

Une première suture de la tranche faite généralement au catgut chromé est enfouie sous une autre. Une épiplooplastie termine l'intervention.

D'après son auteur ce procédé trouve son indication principale dans les ulcères de la petite courbure et n'est pas suivie de gastro-entérostomie.

La rapidité et la simplicité sont deux avantages évidents de la méthode. Elle est particulièrement indiquée dans les perforations juxta-cardiaques si difficiles à atteindre et à suturer.

Elle se propose d'être curatrice de l'ulcère. Kirkland prétend que l'action de la chaleur suffit à arrêter l'évolution de l'ulcus, même si la destruction au thermocautère n'a pas été étendue à toute l'induration voisine.

Cette action stérilisante n'est pas encore démontrée, et par contre il semble dangereux d'affronter des surfaces altérées par la chaleur.

Dans les ulcères anciens largement indurés, ne risque-t-on pas de trop agrandir l'orifice si l'on veut faire une opération complète? D'autre part, on risque de laisser une partie de l'ulcère qui pourra récidiver ou se cancériser ultérieurement.

Bien peu de statistiques furent publiées sur les résultats de la thermocautérisation dans les ulcères perforés. Les quelques chiffres que nous avons recueillis sont pourtant favorables à la méthode. A la Société de Chirurgie depuis 1920 :

Thermocautérisations sans gastro-entérostomie immédiate : 10 cas, 1 mort.

Thermocautérisations avec gastro-entérostomie immédiate : 2 cas, 0 mort.

Total : 12 cas, 1 mort.

Kirkland ne mentionne que des succès (5 cas).

Quelques malades seulement furent suivis. Chez l'un, une stase à jeun considérable nécessita une gastro-entérostomie ultérieure. Bien que concernant des ulcères non perforés, les observations de Pauchet et de Lardennois faisaient prévoir la valeur relative du Balfour comme cure radicale de l'ulcère.

Résection

La première résection segmentaire pour ulcère perforé fut pratiquée en 1899 et publiée en 1902 par Keethy dans « The Lancet ». En France, la plus ancienne observation remonte à 1904 (Sencert) et parut un an plus tard dans la « Revue médicale de l'Est. »

Elles se sont multipliées au cours de ces dernières années : Gauthier, Grimault, Courty, Abadie en France, Von Hoberer, Hromada, Massari, Riese à l'étranger, pour ne citer que les principaux, ont enregistré des succès. Duval se fait l'ardent défenseur de la méthode.

La technique ne diffère pas sensiblement de celle qu'on emploierait à froid. On la termine le plus souvent par un Billroth (2e manière) plus rapide et plus simple. Duval le préfère au procédé de Polya auquel il reproche une vidange gastrique brutale dans le jéjunum. Cadenat au contraire préconise celui-ci surtout quand la tranche gastrique est courte.

Le procédé de Péan est préférable à tous parce qu'il rétablit le mieux le fonctionnement gastrique. Il est tou-

tefois plus rarement employé : la friabilité de la tranche duodénale, un trop grand éloignement de la tranche gastrique en sont les principales causes.

La résection, semble-t-il, trouve son indication d'une façon absolue ou relative. Dans la plupart des observations où elle fut pratiquée, l'opérateur y fut poussé par l'impossibilité de suturer la perforation.

Dans les cas de larges perforations entourées d'une zone calleuse étendue surtout au voisinage du pylore, la gastro-pylorectomie peut être indiquée. Dans une observation de Cadenat, la perforation d'un ulcère de la petite courbure admettait facilement deux doigts que l'aide était obligé de maintenir en place, seul moyen d'aveugler l'orifice.

Après une duodéno-pylorectomie pratiquée par Abadie, l'examen de la pièce opératoire fit voir « à un centimètre du pylore, sur la face antérieure du duodénum, une perforation de deux millimètres de diamètre qui correspond du côté interne à un entonnoir de 1 cm. de profondeur à parois dures et blanches et dont l'ouverture a un centimètre et demi de diamètre ». Toute tentative de suture était vouée à un échec.

De même Cadenat, une autre fois en présence d'une petite perforation pylorique, tente une suture en bourse. Il s'agit d'un large ulcère calleux ; les fils coupent, l'opérateur se décide à la gastro-pylorectomie terminée par un Polya. Le malade guérit.

Enfin, large orifice et ulcère géant vont souvent ensemble et créent de grosses difficultés pour la suture. Une observation de Mathieu est à ce point de vue caractéristique : « La perforation était large et admettait l'extrémité de l'index ; elle siégeait dans une région calleuse immédiatement au-dessous du rebord hépatique adhérant à l'es-

tomac complètement immobile. Je voulus explorer l'estomac en arrière et, passant à travers le ligament gastro-colique, je tombai sur une zone stomacale libre sur la face postérieure de l'estomac près de la grande courbure; plus haut, vers la petite courbure, des adhérences existaient avec l'arrière-cavité. Je tentai de les libérer, l'estomac s'ouvrit sur une étendue assez considérable et la perte de substance se continua au niveau de la petite courbure et de la face antérieure avec la perforation primitivement trouvée. J'avais décollé par mes manœuvres un vieil ulcère géant occupant la petite courbure et les deux faces. Il était peu sûr au point de vue des sutures de fermer une aussi vaste perte de substance. Je résolus de faire une gastrectomie qui fut assez pénible. »

Devant de telles difficultés, les procédés de fortune (tamponnement à la gaze, dérivation directe du contenu gastrique) sont trop infidèles pour qu'on puisse s'y résoudre, surtout si la perforation est récente et l'état général satisfaisant. Ce sont, croyons-nous, les conditions absolues pour tenter la résection des ulcères perforés.

Si l'on s'arrête aux dernières statistiques, la résection est encore défendable :

Plouvier	77 cas	12 morts soit	15 %
Van Haberer .	91 cas	8 morts soit	8,8 %
Duval	130 cas	25 morts soit	19 %

(Plusieurs observations sont communes à Plouvier et à Duval.)

Distinguant les résections pratiquées dans les douze premières heures, Duval note dans son rapport du mois de février dernier :

Statistique de Riese	71 cas	3 morts	4,2 %
Statistique française	26 cas	8 morts	30 %
Total.	97 cas	11 morts	11,3 %

Répondant par avance à l'objection que la résection n'est faite que dans les cas favorables, Duval oppose la statistique de la clinique de Sudech, à Hambourg, où dans une période déterminée on traita presque systématiquement les ulcères perforés par le même procédé.

De 1914 à 1919 :

Suture avec ou sans gastro-entérostomie : 18 cas ; 10 morts : 56 °/₀.

Interventions dans les douze heures : 11 cas ; 4 morts ; 36 °/₀.

De 1920 à 1922 :

Résection.	23 cas	3 morts	13 °/₀
Suture avec ou sans gastro-entérostomie.	5 cas	3 morts	
Cas opérés dans les 12 heures	18 cas	1 mort	5,5°/₀

La mortalité globale tombe de 50 à 25 °/₀ environ de la première à la deuxième période.

Toutes les statistiques ne sont pas aussi favorables à la résection, celle de Hartmann notamment :

1 à 6 heures	16 cas	4 morts	
7 à 12 —	6 —	4 —	
13 à 24 —	1 —	1 —	
	23 —	9 —	36 °/₀

La résection trouve d'autres indications très relatives eu égard aux difficultés et aux dangers immédiats de la méthode.

La pylorectomie et la gastrectomie, dit-on, représentent le traitement idéal de l'ulcère parce qu'elles empêchent les complications ultérieures (hémorragie, cancérisation, récidive). Les six malades de Hromada traités par résection ont été revus à longue échéance et suivis à la radioscopie. Les trois malades de Lorenz sont long-

temps après dans un état satisfaisant à tous les points de vue. La diminution de l'hyperchlorhydrie expliquerait ces bons résultats.

Il n'est pas prouvé que le traitement idéal de l'ulcère soit son éradication dans tous les cas. Sa pathogénie est encore mal connue et la thérapeutique dirigée contre lui reste forcément empirique. Le seul fait de la perforation ne change rien à cet état de choses.

Les résultats éloignés connus jusqu'alors après résection n'attestent pas la perfection de la méthode. Eiselberg compte 14 p. 100 de récidive. Sept fois sur douze résections Schur et Lorenz notent des troubles gastriques plus ou moins accusés.

Lecène, dans un rapport à la Société de chirurgie, cite un cas indiscutable : « Un homme de 19 ans est opéré au mois de janvier 1922 d'une perforation du duodénum : résection totale de la première portion du duodénum malade et du pylore. Fermeture des deux bouts, gastro-entérostomie au bouton de Murphy. Le malade guérit opératoirement, mais au mois de mai 1922 il souffre de nouveau et on lui enlève le bouton qui est resté en place. Cinq mois après le malade recommence à souffrir, il vomit et s'alimente difficilement. Je le vois en mai 1923, un an et cinq mois après l'intervention. L'examen radioscopique montre que la bouillie s'évacue très lentement par la bouche gastro-jéjunale. Nouvelle opération le 17 mai 1923. On trouve un ulcère peptique gastro-jéjunal très adhérent au côlon et à la paroi abdominale développée sur la bouche de gastro-entérostomie. » Il faut avouer, conclut l'auteur, que le traitement fut bien médiocrement radical. Quant aux chances de cancérisation de l'ulcère laissé en place par la méthode conservatrice, elles sont discutables et va-t-

on réséquer un ulcère perforé pour la possibilité d'une cancérisation éloignée quand on est anxieux du lendemain ?

La résection aurait l'avantage de ne point laisser un autre ulcère. Eberlé en rapporte un cas. Mathieu, chez un de ses malades, découvre sur la face antérieure du pylore une perforation minuscule, mais la région pylorique était indurée en arrière par un ulcère calleux indépendant de la perforation. Il fit une pylorectomie sans difficulté à la douzième heure.

A l'autopsie d'un malade de Cadenat, on découvre en face de la première une deuxième ulcération en voie de perforation, elle aussi sur la face postérieure du duodénum. Une duodéno-pylorectomie eût enlevé en bloc les deux ulcères et guéri la perforation plus sûrement qu'une double suture antérieure et postérieure suivie nécessairement de gastro-entérostomie. Un examen systématique de l'estomac, même après la découverte de la perforation, évite de laisser inaperçu un ulcère postérieur et pour l'éventualité rare d'ulcères multiples va-t-on ériger la résection en règle absolue ? Les deux ulcères, d'ailleurs, peuvent ne pas être en regard, ce qui nécessiterait une résection trop étendue.

Enfin, la résection faite en tissus sains offrirait, d'après ses défenseurs, une grande sécurité pour la suture même dans un milieu infecté. Brutt l'a tentée huit fois en pleine péritonite diffuse avec épanchement microbien : il n'eut qu'un seul décès qu'il attribue à la présence du streptocoque hémolytique dans le liquide péritonéal. L'intervention fut pratiquée cinq fois dans les douze premières heures et trois fois seulement plus tardivement. Gatellier eut un succès avec la résection pratiquée

à la trente-deuxième heure, mais l'épanchement intra-péritonéal était amicrobien.

Après douze heures, en péritoine septique, la résection ne compte que de rares succès. Une statistique de vingt-sept cas à la clinique de Schmitzler, à Vienne, est à ce point de vue très démonstrative :

21 fois résection dans les douze heures : 19 guérisons
6 fois résection après douze heures : 2 guérisons.

La méthode conservatrice n'accuse pas dès la douzième heure une mortalité aussi élevée.

La résection ajoute son propre shok violent au shok de la perforation. Une gastrectomie ou une pylorectomie d'urgence chez un malade non préparé, en état de moindre résistance par suite de la perforation aggravent considérablement le pronostic de l'intervention.

Elle peut présenter parfois de grosses difficultés : l'enfouissement du bout duodénal est pénible, ainsi que le décollement des adhérences souvent très serrées en arrière, principalement dans les ulcères calleux de la petite courbure. Dans une observation de Cadenat, l'induration s'étend en haut jusqu'au cardia, à droite jusqu'au pylore, et il ne reste relativement souple que la grande courbure et la grande tubérosité. Le pancréas adhère intimement en arrière. La gastrectomie est rendue très laborieuse par l'impossibilité d'extérioriser l'organe. Dans une de nos observations (III), le Dr Coville eut grand'peine à faire la résection pour la même raison. Vu le mauvais état général de la malade on se décide pour gagner du temps à suturer bout à bout en un plan. La malade guérit.

Enfin la résection de parti pris n'est pas nécessaire pour sauver la vie du malade au moment de la perfora-

tion puisque la méthode conservatrice y parvient aussi bien.

Pour nous, la méthode radicale peut être employée en cas de nécessité absolue quand la suture est impossible, mais elle ne saurait convenir à tous les cas, à tous moments.

CHAPITRE IV

COMPLÉMENT OPÉRATOIRE

Le chirurgien n'a pas fini sa tâche quand il a suturé ou réséqué un ulcère gastro-duodénal perforé. Il doit combattre la péritonite concomitante.

Plusieurs moyens qu'il peut employer isolément ou combiner sont à sa disposition : le lavage du péritoine, son assèchement, le drainage des liquides épanchés dans la grande cavité.

Le lavage du péritoine se fait le plus souvent au sérum chaud après l'ouverture de l'abdomen ou avant de fermer. Witzel, Kummer, Niosi et d'autres en sont très partisans. Eberlé fait de grands lavages chauds grâce à une seconde incision basse et ferme sans drainage. Steichele emploie pour un lavage jusqu'à 15 et 20 litres de sérum.

D'autre part, beaucoup de chirurgiens avec Bulloch rejettent complètement la pratique du grand lavage. Ils lui reprochent d'être inutile dans les premières heures où le péritoine n'est pas encore septique, et néfaste plus tard par le brassage de pus qu'il provoque dans la grande cavité.

Pour éviter cela, Lecène et Max Williams le font sans jet ni pression et se contentent d'irriguer les anses intestinales au sérum tiède ou à l'éther.

De toute façon il faudra enlever le mieux possible les débris alimentaires ou autres liquides septiques issus de la perforation. Dans ce but l'assèchement du péritoine est actuellement préféré au lavage avec des tampons montés en éponge partout où il y a du liquide en explorant principalement les fosses iliaques et le Douglas.

L'aspiration directe des liquides péritonéaux est plus rarement employée.

Reste la question du drainage. A ce sujet de nombreuses controverses se sont élevées. Les résultats en effet sont troublants. Certains malades guérissent après fermeture complète de la paroi sans drainage, d'autres largement drainés succombent à la péritonite.

Voici d'après Plouvier les différentes façons du drainage :

Drainage de la fosse iliaque droite.

— — — et du Douglas.

— du Douglas et de la région cœliaque.

— du Douglas.

Tampon épigastrique iodoformé.

Mèche sous-hépatique.

Drain sous-hépatique et pelvien.

Une observation de Roux-Berger est convaincante sur la nécessité de drainer. Une malade est opérée le 21 février 1920 d'un ulcus perforé à la douzième heure. Réunion sans drainage. « Les suites opératoires furent troublées par la formation dans le Douglas d'une collection suppurée qui fut évacuée par colpotomie postérieure douze jours après l'opération. Ensuite apparaissent des signes d'épanchement pleural à la base droite. Une

ponction exploratrice ramène du liquide louche. Dans les jours suivants il sort par la plaie abdominale, qui s'est désunie, environ un litre de liquide d'abord sale, puis franchement purulent, venant de l'hypocondre droit. L'état de la malade s'améliore un peu, mais la température remonte et la mort survient le 24 mars. »

Il faut donc drainer, mais quand faut-il drainer ?

Après la douzième heure le drainage est indispensable, il faut évacuer les liquides de la péritonite.

Depuis 1920 voici quelle est la statistique des cas drainés ou non après la douzième heure, à la Société de Chirurgie :

Drainage après 12 heures : 38 cas ; 12 morts, soit 31 %.

Pas de drainage après 12 heures : 13 cas ; 6 morts, soit 46 %.

Dans les douze premières heures l'épanchement est souvent aseptique, d'où nécessité du drainage diminué, et les avis sont une fois de plus partagés.

Pour nous, il semble que le drainage est toujours indiqué, parce qu'il est impossible de savoir quand l'épanchement intra-péritonéal cesse d'être stérile, et dans le doute mieux vaut laisser un drain pendant quarante-huit heures. Il n'est pas nuisible à l'intérêt du malade.

Un drainage sus-pubien à la Murphy est particulièrement heureux. Delore en fait un des temps essentiels de l'intervention.

Même après une intervention récente, il sort du drain dans les premiers jours un liquide louche, sale, en quantité abondante chaque fois qu'on fait de l'aspiration (observations Ramadier, Delore, Jean Quenu, Lagoutte).

Pour éviter une éventration ultérieure, la paroi sera

refermée avec soin en un plan et les fils seront enlevés seulement au douzième jour.

Il reste entendu que la position de Fowler, le goutte à goutte rectal, les toni-cardiaques (huile camphrée, caféine, spartéine) facilitent la guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'état anatomique de la perforation, l'état général du malade sont les principales indications thérapeutiques en dehors de la précocité de l'intervention.

II. — Réduire au minimum le shok opératoire. Aussi la suture de la perforation est-elle recommandée. En tissus souples elle est facile, en tissus calleux recourir en cas de difficulté à la plicature. Elle est très rarement irréalisable.

III. — La gastro-entérostomie n'a qu'une seule indication absolue : le rétrécissement du conduit pyloro-duodénal.

Dans les premières heures qui suivent la perforation, si l'état général du malade est bon, elle est à recommander, mais n'est pas indispensable.

Plus tard, si l'état général du malade est déficient et le pylore perméable, ne pas faire de gastro-entérostomie.

Dans les mêmes conditions, si le pylore est imperméable, faire la gastro-entéro-anastomose au bouton.

IV. — Ne recourir à la résection segmentaire que par nécessité, dans les perforations récentes, si l'état général le permet.

V. — Il est utile de drainer dans les premières heures, il est indispensable de le faire après la douzième heure.

VI. — Un second temps opératoire sera probablement nécessaire pour traiter l'ulcération que la suture ne guérit pas toujours.

OBSERVATIONS

Observation I

Perforation d'un ulcère gastrique. — Opération à la trentième heure. Guérison. — Gastro-entérostomie ultérieure.

M. B..., 57 ans, est un très ancien dyspeptique.

Depuis plus de 15 ans il souffre d'hyperchlorhydrie et suit un régime très strict. A plusieurs reprises même il a eu des crises douloureuses très intenses, qu'il a traitées par le repos et la diète absolue pendant un ou deux jours, puis le régime lacté exclusif plus ou moins prolongé suivant l'intensité ou la persistance des douleurs. Après quoi il reprenait son régime de potages, de purées et de pâtes alimentaires. Les vomissements étaient rares ; jamais il n'y eut ni hématémèse, ni melaena.

Le 16 septembre 1923, après une période particulièrement heureuse, le malade est pris brusquement, à onze heures du matin, d'une douleur épigastrique en coup de poignard. Il se couche immédiatement, croyant à une de ses crises habituelles, de même que son médecin, qui vient le voir dans l'après-midi. Diète absolue, applications chaudes sur l'épigastre.

Le lendemain 17, les douleurs persistent ; il y a eu quelques vomissements ; la température est à 38°, le pouls à 90 et le visage contracté. Douleur épigastrique vive à la pression ; résistance évidente de l'abdomen. Une consultation chirurgicale est demandée :

celle-ci a lieu à 16 heures. On constate alors un facies nettement péritonéal, un ventre peu ballonné, mais très résistant en tous les points. Le pouls est monté à 100; la respiration est un peu anxieuse et la voix brève. Le diagnostic de perforation gastrique, étant donné les antécédents, est dès lors affirmé, et une intervention immédiate est décidée. Elle est pratiquée le jour même à 19 heures, sous anesthésie chloroformique après transport du malade à la maison de santé.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du ventre, une grande quantité de liquide louche s'écoule au dehors. On en prélève un échantillon avec une pipette stérilisée, à fin d'examen. On se porte immédiatement sur la face antérieure de l'estomac, en relevant le lobe gauche du foie, et l'on voit une perforation ovalaire, à bords nets, longue de 7 à 8 millimètres, large de 5, entourée d'une zone indurée sur laquelle le péritoine reste souple. La perforation siège à égale distance des deux courbures et à un demi-travers de doigt en deçà du pylore. On ferme la perforation au moyen d'un fil de lin, qui enfouit les bords et ne coupe pas les tissus; une frange épiploïque est rabattue sur cette suture et la consolide.

La suture ne rétrécissant pas la région pylorique, on juge inutile de faire séance tenante une gastro-entérostomie. Drain sous-hépatique.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Injections toniques. Goutte à goutte rectal.

Le 18 septembre, la température est à 38°5, le pouls à 90, le facies est meilleur; il n'y a pas eu de vomissements; le malade se sent soulagé. On continue le goutte à goutte rectal, et on met de temps à autre le patient en décubitus très latéral, afin de favoriser l'évacuation du drain.

Le 19 septembre, la température est toujours un peu élevée, mais le pouls est fort et bien frappé; le malade se sent bien et le facies est bon; le malade a bien dormi. Le drain est enlevé; la plaie est saine.

L'amélioration s'est poursuivie progressivement de jour en jour, sauf vers le dixième, où il y eut brusquement une élévation de température à 39°, sans malaise particulier, ni signes d'infection

nulle part. Du reste, dès le lendemain, la température était retombée à la normale.

La réponse du laboratoire, au sujet de l'examen du liquide péritonéal, fut : « liquide séro-purulent avec nombreux streptocoques. »

Le malade, qui a été progressivement réalimenté, se remonte peu à peu, mais il digère lentement, il ne peut prendre qu'un peu à la fois, et a maintenant une sensation de plénitude gastrique très pénible. Pas de nausées. Du reste le clapotage est pour ainsi dire permanent jusqu'à une ligne intermédiaire entre l'ombilic et le pubis. Constipation opiniâtre.

Le 2 octobre, on procède à l'examen radioscopique de l'estomac, en position couchée, après avoir fait prendre, la veille au soir, une bouillie barytée : estomac volumineux, très grande quantité de liquide résiduel, qui contient encore une notable quantité de baryte. Aucune contraction péristaltique appréciable, mobilité normale de l'estomac. Cet examen est resté forcément un peu incomplet, puisqu'il n'était pas possible de mettre le malade debout. Il prouvait tout au moins l'atonie très accusée de la paroi gastrique, et, pour y remédier, on propose de faire une gastro-entérostomie, ce qui fut accepté.

Deuxième opération. — Le 9 octobre, anesthésie locale de la paroi à la cocaïne au 1/300, et des splanchniques, par injection transpéritonéale, sous le mésocôlon transverse, de 25 centigrammes de novocaïne à 1/200. A l'ouverture du ventre, on trouve, comme unique adhérence, celle du foie rabattu sur la région prépylorique de l'estomac, ce qui voile complètement le champ opératoire primitif. On fait alors une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, sans la moindre difficulté. Suture de la paroi en deux plans, au crin, sans drainage.

Suites extrêmement simples. Le malade rentre chez lui, quinze jours après, digérant bien. Depuis cette époque, l'amélioration s'est poursuivie. Le malade n'a plus souffert, il a engraissé, repris ses forces, et jouit d'une santé meilleure que depuis quinze ans.

Observation II

(Inédite. — Dr Ramadier)

Ulcère perforé. — Enfouissement. — Guérison.

M. R..., fait appeler son médecin le 14 avril 1924 à 8 heures du soir. Le malade, qui se soignait depuis longtemps pour une maladie d'estomac, a été pris le 14 avril vers 6 heures du soir d'une violente douleur épigastrique.

Vomissements. Altération des traits, pouls rapide à 110, température 38°5.

Son médecin constate un ventre de bois, avec douleur diffuse, généralisée, mais qui domine dans la région épigastrique. Il fait transporter aussitôt le malade dans une clinique, et me téléphone que je vais avoir à opérer un ulcère perforé.

Opération à 9 h. 1/2 du soir. Anesthésie au chloroforme donnée par le Dr Renardier; aide: Dr Hyvernaud.

Incision médiane sus-ombilicale. Liquide dans le ventre, renfermant des débris alimentaires, des débris de magnésie calcinée, ingérée par le malade, du vin rouge, etc...,

Exploration de l'estomac, qui est dilaté, à moitié distendu par du liquide. Dans la région prépylorique, près du bord supérieure de la face antérieure, on trouve un orifice de un à deux centimètres de diamètre, par où le liquide stomacal sort en jet. Après avoir protégé et garni le champ opératoire, ponction de l'estomac au bistouri, au niveau de la face antérieure du côté gauche, près de la grande courbure. Cette portion avait été complètement extériorisée et maintenue hors du ventre sur un lit de champs propres. L'estomac est vidé par pression : un litre de liquide environ, analogue à celui qui est épanché dans le ventre; l'orifice de la ponction est oblitéré provisoirement par une pince en cœur. Enfouissement de la perforation juxta-pylorique sous une double bourse séro-séreuse. Enfouissement de la ponction sous une double bourse également (fil de lin). Mise en place d'un drain et d'une mèche allant dans la région

sous-hépato-pylorique. Paroi en un plan aux fils de bronze. Contre-ouverture sus-pubienne de 2 à 3 cm. Un drain est placé dans le Douglas, d'où sort près d'un litre de liquide.

Position demi-assise; goutte à goutte intermittent. Durée de l'opération : 35 minutes.

Il n'est pas fait de gastro-entérostomie complémentaire, le pylore ne paraissant pas rétréci. Suites opératoires simples. L'alimentation n'est reprise qu'au quatrième jour (lait et potages). Le docteur Ramadier se propose de faire de parti pris une gastro-entérostomie ultérieure pour traiter l'ulcère.

Observation III

(Inédite. — Docteur Coville)

Ulcère perforé. — Résection. — Guérison.

Mme D..., 62 ans, femme de ménage à Orléans, a ressenti, le 29 août 1922 à dix heures trente environ, une douleur abdominale si violente qu'elle fut obligée de s'étendre immédiatement « pour ne pas tomber » et d'arrêter aussitôt son travail. Bientôt après, elle a des vomissements porracés, qui la décident à demander son médecin.

Celui-ci la fait transporter à l'hôpital où elle est admise et examinée à vingt heures. Facies grippé, léger ballonnement du ventre. Peu de contracture, mais douleur provoquée, ayant son maximum au creux épigastrique. Tympanisme. Touchers rectal et vaginal négatifs.

Pouls : 96. Température : 37°8.

Une seule hématémèse un an auparavant, mais depuis douleur sourde au creux épigastrique, sans aucune irradiation ; constante dans le courant de la journée et nullement influencée par l'ingestion d'aliments. Elle est plus vive pendant les jours qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital. En dehors de cette douleur aucun phénomène gastrique ; tous les aliments sont parfaitement digérés.

Devant tous ces symptômes, le docteur Coville, appelé, décide l'intervention, qui commence à 20 heures 30, soit dix heures après le début des accidents.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve du pus diffus dans tout le ventre. La région cæco-appendiculaire étant saine, on prolonge l'incision vers l'épigastre et on trouve une perforation lenticulaire mais entourée d'une large zone indurée sur la première portion du duodénum. La suture est tentée, mais les fils coupent. On se décide à faire une résection rendue très difficile par l'adhérence postérieure à la tête du pancréas. Cependant on suture bout à bout en un plan la section duodénale à la section gastrique, et l'on recouvre la suture d'une frange épiploïque. Drainage à la Mikulicz. Suture en un plan.

Suites opératoires excellentes; pas de complications. Trois semaines après, la malade sort de l'hôpital guérie. Depuis sa sortie, on a pu suivre la malade ; elle a repris son travail habituel, qu'elle fait toutefois avec une légère fatigue. Elle sent qu'elle a perdu des forces, mais l'alimentation est normale et parfaite. Toute douleur gastrique a complètement disparu ; la malade a augmenté de poids.

Observation IV

(Inédite. — Docteur Simonin)

Ulcère. — Enfouissement. — Guérison.

D... François, élève officier, 27 ans. Aucun antécédent personnel ni héréditaire à signaler. Aucun antécédent gastrique ; constitution robuste. Le 29 septembre 1923, à 18 heures, le malade est pris d'une violente douleur, au creux épigastrique, avec sensation de syncope. Examiné à l'hôpital la nuit suivante à minuit : température 37°5 ; pouls bien frappé : 80 ; nausées, pas de vomissements, ventre de bois, surtout au niveau du creux épigastrique et de la fosse iliaque droite.

Le lendemain matin 30 septembre à 7 heures, l'état général est

aussi bon, la douleur semble localisée plus près du point de Mac Burney. Cette douleur est augmentée par la pression dans la fosse iliaque gauche.

Le diagnostic est hésitant entre une perforation d'un ulcère de l'estomac et une appendicite.

Anesthésie générale à l'éther à 7 h. 30..

Laparotomie latérale droite, qui permet d'aborder un appendice normal, que l'on réséque rapidement.

Le Douglas est plein de liquide gastrique, mais sans débris alimentaires.

Par cette laparotomie, drainage du Douglas. Immédiatement, laparotomie médiane sus-ombilicale avec débridement transverse, en sectionnant le grand droit. La face antérieure de l'estomac est adhérente à la face inférieure du foie, par suite de formation de néo-membranes.

En décollant les deux surfaces des adhérences lâches, on trouve au niveau de la région pylorique, sur le versant gastrique, une perforation du volume d'un grain de mil ; l'induration des bords se fait sur une longueur de 1 centimètre. L'enfouissement de cette perforation est difficile ; néanmoins, en prenant à distance les faces stomacales et duodénales, on arrive par deux surjets superposés à combler la perforation.

Le grand épiploon est ramené par glissement et fixé au-devant de l'anastomose.

Le pylore semblant encore perméable, il n'est pas fait de gastro-entéro-anastomose postérieure. Au niveau de la région pylorique, drain et deux mèches.

Fermeture de la paroi en 3 plans (péritoine, muscles, peau).

Suites opératoires : la température ne dépasse pas 38° ; les mèches sont retirées le 2e jour ; le drain le 4e. Cicatrisation.

Le malade sort au mois de janvier, guéri ; part comme élève officier à Saumur et fait tous les exercices physiques, sans aucun ménagement. Le fonctionnement de son estomac examiné à la radio est normal.

Cicatrice sus-ombilicale très bonne ; celle de la fosse iliaque moins résistante.

Observation V

(Inédite. — Docteur Coville)

Ulcère perforé. — Enfouissement. — Guérison.

C... Alfred, 53 ans, chauffeur d'autos. Le malade entre à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë le 27 mai 1922.

Comme antécédents : rien de particulier à signaler, sauf une fièvre typhoïde, il y a dix ans; l'interrogatoire révèle un certain degré d'éthylisme.

C'est en 1918 que les digestions ont commencé d'être difficiles ; les repas étaient suivis au bout de 2 heures environ d'une sensation de brûlure et de gêne au creux épigastrique et de régurgitations acides. Jamais de vomissements alimentaires ; ni hématémèse, ni melaena. Les douleurs, qui étaient en général calmées momentanément par l'ingestion d'aliments, prenaient parfois l'allure de la faim douloureuse. Puis, l'affection se faisant plus ancienne, les phénomènes douloureux revinrent, à peu près continus et plus tenaces. Pas de diminution de l'appétit, ni d'amaigrissement sensible ; pas de dégoût électif pour les graisses.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, dans l'après-midi, les souffrances avaient redoublé d'intensité et étaient accompagnées de vomissements pendant plusieurs heures, à intervalles assez rapprochés. Tout d'un coup, vers 19 heures, le malade qui était debout se sent pris d'un malaise ; il ressent une douleur très vive au creux épigastrique et tombe sur le sol ; il a l'impression qu'un organe s'est déchiré dans son abdomen, et que, ce sont ses propres expressions, « il lui tombe quelque chose dans le bas ventre et les bourses ». Dès lors le bas ventre devient très douloureux et les vomissements cessent. Le malade est amené à l'hôpital vers 21 heures.

Douleur dans la fosse iliaque droite; température 37°. Pouls 92. Diagnostic : appendicite.

Intervention le 28 mai : Anesthésie chloroformique. Incision de Mac Burney; on trouve un appendice adhérent, mais non enflammé;

résection sans enfouissement. Laparotomie médiane ; le liquide très abondant dans le Douglas est étanché, mais l'intestin est sain en ce point. On se porte vers l'épigastre et on trouve un orifice siégeant au niveau du pylore. Toute la région est très adhérente ; on essaie donc la fermeture en bourse de la perforation au fil de lin ; les tissus résistant, on renforce la suture par une autoplastie épiploïque. Tamponnement à la Mikulicz. Suites normales quoique fébriles, par suite d'un catarrhe bronchique abondant.

Le 4 juin apyrexie ; enlèvement du Mikulicz. Le jour précédent, légère désunion de la partie inférieure de la plaie, qui a été suturée secondairement.

26 septembre.— Anesthésie au chloroforme. Résection de la cicatrice interne qui ouvre le péritoine en plusieurs points ; suture péritonéale. Suture du plan musculo-aponévrotique au crin : un plan profond pour la partie postérieure et la gaine, un plan superficiel pour la partie antérieure. Traction extrême des fils. Suites normales.

13 novembre. — C... va très bien ; ses forces reviennent progressivement ; les douleurs sont complètement disparues. La sangle abdominale est d'autre part tout à fait reconstituée ; aucune trace d'éventration.

Observation VI

(Inédite. — Docteur Ramadier)

Ulcère perforé. — Gastrectomie. — Anastomose. — Mort.

F... Louis, 25 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 28 mai 1923 à 8 heures du soir.

Ulcère perforé de l'estomac ; perforation datant de l'après-midi.

Opéré d'urgence à 10 heures du soir.

Anesthésie : Chloroforme. Laparotomie médiane épigastrique.

Lésion : ulcère rond, calleux, typique, duodéno-pylorique.

L'enfouissement n'ayant pu être fait, par suite de la friabilité des tissus, il est pratiqué une gastrectomie, avec anastomose gastro-entérique au bouton de Murphy.

Suture au fil de bronze en un plan.

Mort au bout de 48 heures.

Observation VII

(Inédite. — Docteur Marmasse)

Ulcère perforé. — Enfouissement. — Gastro-anastomose. Guérison opératoire.

Homme d'environ 40 ans. Passé gastrique.

Hémorragies répétées d'estomac. Au cours de la dernière, grande douleur en coup de poignard.

Opération dans les 24 heures : ulcération de la petite courbure. Enfouissement. Gastro-anastomose en Y.

Très bon résultat immédiat.

Trois mois plus tard, gastrorragie mortelle en quelques heures.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnons que les travaux principaux et les publications les plus récentes. On y trouvera la bibliographie complète de la question.

Abadie. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 1242.

Alamartine. — Société de chirurgie de Lyon, 9 décembre 1920.

Alamartine et Dunet. — Revue de chirurgie, 1921, p. 115.

Albo. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1921, p. 1360.

Arnaud et Dunet. — Société des sciences médicales de Lyon, 9 juillet 1919.

Auban. — Thèse de Lyon, 1920-21, n° 87.

Basset. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1920.

— Bulletins de la Société de chirnrgie, 1924.

Bergeret. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1922, p. 1260.

Bischer. — Comptes rendus de la Société Suisse de chirurgie, V^e^ séance, 18 mai 1918.

Bochgrewinck. — Acta chirurgica Scandinavica, 1919, liv. 61.

— Acta chirurgica Scandinavica, vol. LII, 1920, p. 61.

Brenner. — Surgery, gynecology and obstetrics, 1922, t. XXXIV.

Brutt. — Zentralblatt für Chirurgie, 1921, n° 38, p. 1378, tome XLVIII.

Bullock. — The Medical Journal of Australia, 1921, t. I, n° 2.

Cadenat. — Société anatomique, 14 février 1920.

— Bulletins de la Société de chirurgie, 1922, p. 833.

— Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 299.

Chalier et Longy. — Société des sciences médicales, 11 février 1920.
— Congrès français de chirurgie, 1920.
Cotte. — Lyon médical, 1920.
— Société de chirurgie de Lyon, 6 janvier 1921.
Courty. — Archives franco-belges de chirurgie, mars 1922, p. 508.
Deaver (J.-B.). — Annals of Surgery, novembre 1919, p. 526.
Dehelly. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1921, p. 1182.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 492.
Delagenière. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 134.
Dewes. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1921, p. 433.
Doyen. — Traitement chirurgical de l'estomac et du duodénum.
Duboucher. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 205.
Dujarier. — Bulletins de la Société de chirurgie, 4 mai 1920.
Durand et Bourrat. — Société nationale de médecine et des sciences méd. de Lyon, 20 décembre 1922.
Duval (P.). — Bulletins de la Société de chirurgie, 1919.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 1922.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 1924.
Eberlé. — Zentralblatt für Chirurg., 1920, t. XLVII, n° 50.
— Schwerz. med. Wochenschrift, 20 juillet 1922.
Eiselberg. — Archiv. für klinische Chirurg., 1920, p. 539.
— Archiv. für klinische Chirurg., 1922, t. I, p. 125.
Erwin et Schmidt. — Acta chirurgica Scandinavica, vol. LV, p. 315.
Gandusio. — Archivio italiano de chirurgia, t. V, avril 1922.
Gauthier. — Bulletins de la Société de chirurgie, 26 octobre 1920.
Gibson. — IV^e Congrès de la Société internationale de chirurg. New-York, 14-16 avril 1914.
— Surgery, gynecology and obstetrics, avril 1916.
— Société de chirurgie, 11 juillet 1923, p. 1069.
Gosset et Loevy (Ch.). — Bulletins de la Société de chirurgie, 26 octobre 1920.
Gresset. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 15.
Guibé. — Gazette des Hôpitaux, 17 juillet 1920.
Guillemin. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 1513.
Hartmann. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 1114.
Hoberer (Van). — Wiener klinische Wochenschrift, 1919, n° 16.

Hoguet. — Annals of Surgery, 1918.
Hohlbaum. — Journal de chirurgie, n° 5, 1920.
Hotz. — Zentralblalt für Chirurgie, n° 3, 1924.
Hromada. — Wiener klinische Wochenschrift, 1921, p. 560.
Huguier. — Paris chirurgical, 1920, n° 1.
Keetly. — The Lancet, avril 1902, p. 935.
Kirkland. — The Lancet, 1920, n° 5027.
Kotzareff.— Bulletins de la Société de chirurgie, 26 octobre 1920.
Krogins. — Versunnl der Nord chirurg. Kristiania, juillet 1919.
Krogins et Nicolayssen. — Acta chirurgica Scandinavica, juillet 1919, vol. II, fasc. II.
Kummer. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 534.
Laurieu. — Revue de chirurgie, 1921, t. LIX, n° 4.
Lauret. — Thèse de Paris, 1921, n° 127.
Lecène. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1922.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 1923.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 1924.
Lewysohn. — Annals of Surgery, 1920-21.
Loeper. — Journal médical français, 1920.
Lorenz et Schur.— Archiv. für klinische Chirurgie, 1922, t. CXIX, p. 239.
Martel (De). — Journal médical français, t. XII, n° 1, janvier 1923.
Martin (A.). — Bulletins de la Société de chirurgie, 1922, p. 1460.
Mathieu. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1922, p. 559.
Mondor. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1922, p. 1031.
Mondor et Lauret. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.
Monod (R.). — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 337.
Murphy. — Académie médicale de New-York, octobre 1919.
Noehren. — New-York medical Journal, 1922.
Oudard et Jean. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1923, p. 381.
Patel. — Société de chirurgie de Lyon, 1922.
— Société de chirurgie de Lyon, 1924.
Pauchet. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac (Paris, Maloine, édition 1919).
— Pratique chirurgicale illustrée.

Peel et Deneen. — Annals of Surgery, octobre 1922.
Plouvier. — Thèse de Lille, 1922.
Pommay (Mlle).— Bulletins de la Société de chirurgie, 1922, p. 1260.
Prader. — Wiener klinische Wochenschrift, 1920, p. 1004.
— Archiv. für klinische Chirurgie, t. CXX, fasc. IV, 1922.
Riese (H.). — Archiv. für klinische Chirurgie, 1923, t. CXXVII.
Roux-Berger. — Bulletins de la Société de chirurgie, 27 avril 1920.
— Bulletins de la Société de chirurgie, 13 juillet 1920.
Santz. — Société de chirurgie de Lyon, 20 décembre 1923.
Schoemaker. — Centralblatt für die Grengelich der Med. und Chirurg, janvier 1914.
Seidel. — Centralblatt für Chirurg., 20 septembre 1913.
Steichele. — Archiv. für klinische Chirurg., vol. CXXIV, p. 630.
Stewart et Barber.— Annals of Surgery, 1922, vol. LXXV, n° 3.
Terrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac.
Ulhrich. — Revue de chirurgie, 1921, p. 467.
Warren. — The Surgery of gastric. urgs. (Practitioner, 1920, t. CIV).
Winslow. — Annals of Surgery, 1921, n° 6.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

Par M. André Dacheux

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 24 mai 1924.

Le Professeur,

ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 26 mai 1924.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 26 mai 1924.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!